

Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht

Bauch, Jost

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bauch, J. (1996). Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(3), 242-247. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36415>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern?

Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht

Jost Bauch

Die dritte Stufe der Gesundheitsreform steht kurz vor der Realisierung. Große Entwürfe und eine Reform an Haupt und Gliedern sind avisiert worden. Die bisher in die Realität umgesetzten Reformen gelten als Vorstufe einer grundsätzlichen und definitiven Reform, die jetzt in der dritten Stufe erfolgen und die weitere Reformen überflüssig machen soll. Ziel der Reform ist es im wesentlichen, die Ausgabendynamik des Gesundheitswesens zumindest auf absehbare Zeit ruhigzustellen.

Beobachtet man den Stand der Vorarbeiten, so ist festzustellen, daß weit und breit der „große Entwurf“ nicht in Sicht ist, ja eine gewisse Resignation macht sich breit, und selbst die Spitzen der Ministerialbürokratie erkennen, daß politische Interventionen im Gesundheitswesen nur kurzzeitige Bremseffekte in der Kostendynamik nach sich ziehen. Eine gewisse Ratlosigkeit ist zu erkennen, und man verzweifelt am favorisierten Konzept des politischen Interventionismus, wenn man nunmehr in resignativer Kehrtwendung von der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ im Gesundheitswesen spricht, die man doch in allen Reformstufen vorher so beschnitten und stranguliert hat.

Vor der Folie dieser Kehrtwendung stellt sich tatsächlich die Frage, ob sich das Gesundheitswesen überhaupt politisch steuern läßt und ob bei politischen Akteuren vielleicht die Erkenntnis gereift ist, daß das Gesundheitswesen im Grunde nur sich selbst steuern kann. „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ wäre dann Ausdruck der Erkenntnis, daß die Probleme der Ausgabendynamik des Gesundheitswesens nur von diesem selbst im selbstregulativen Zugriff, also als Selbststeuerung zu bewältigen wären.

In diesem Zusammenhang macht es Sinn, die Frage nach der politischen Steuerbarkeit des Gesundheitswesens einmal aus der Sicht der soziologischen Systemtheorie genauer zu betrachten. Eine der zentralen Thesen der insbesondere in der Theorietradition des Bielefelder Soziologen Niklas Luhmann stehenden Systemtheorie besagt nämlich, daß tatsächlich soziale Systeme im Grunde nur sich selbst steuern können, daß mithin politische Interventionen, die die Selbststeuerungskapazität der politisch zu „reformierenden“ Systeme ignorieren, systematisch fehllaufen und mehr Schaden anrichten als

beheben. Wir wollen an dieser Stelle in aller Kürze versuchen, ohne in die Tiefen der Systemtheorie einsteigen zu können, einige Argumente, die für die Selbststeuerungskapazität und gegen den politischen Interventionismus sprechen, zu diskutieren und anhand des Gesundheitswesens exemplifizieren.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen muß dabei sein, das Gesundheitswesen als soziales System zu begreifen. Nach Maßgabe der Systemtheorie ist die Gesellschaft in verschiedene, relativ autonome Sozialsysteme funktional differenziert. Als Systeme zu nennen sind das politische System, das Wirtschaftssystem, das familiale System, das Rechtssystem, das Wissenschaftssystem, das Erziehungssystem und natürlich auch das Gesundheitssystem. Kennzeichen moderner Sozialsysteme ist, daß sie gegeneinander funktional ausdifferenziert sind, d. h. sich auf einen bestimmten gesellschaftlichen Aufgabenkatalog spezialisiert haben. Politik hat sich spezialisiert auf die Herstellung kollektiv bindender Entscheidungen (Macht), die Wirtschaft hat sich spezialisiert auf ökonomisches Handeln, das im Geldmechanismus Ausdruck findet, das Wissenschaftssystem befaßt sich mit der Suche nach Wahrheit, und das Gesundheitssystem befaßt sich mit der Bekämpfung von Krankheit und der Herstellung von Gesundheit. Das mit der funktionalen Differenzierung einhergehende Spezialistentum bedeutet, daß sich die Sozialsysteme von anderen Sozialsystemen nicht in die Ausübung ihrer speziellen Funktion hineinreden lassen. Ein solches Hineinreden würde auch keinen Sinn machen, da das jeweilige System ja auf seine Funktionserfüllung spezialisiert ist; das Wirtschaftssystem gibt dem Erziehungssystem keine Ratschläge und vice versa. D. h. die Funktionssysteme sind in der Ausübung ihrer Funktion weitestgehend autonom, sie regeln selbst, wie sie ihre Funktion erfüllen, also zum Beispiel im Falle des Gesundheitssystems wie sie Krankheit bekämpfen und Gesundheit schützen. Resultat dieser relativen funktionalen Autonomie ist, daß die Sozialsysteme „ihre Funktion hypostasieren“, wie Luhmann (1983, S. 29) ausführt. D.h. die Sozialsysteme konzentrieren sich auf ihre Funktionserfüllung und versuchen, diese permanent zu optimieren. Sie versuchen, mit immer größerem Aufwand ihre Funktion (z.B. die Bekämpfung von Krankheit) immer weiter zu verbessern, und sie versuchen, in Bezug auf ihre Funktionserfüllung permanent ihr Tätigkeitsspektrum zu vergrößern. So versucht das Gesundheitssystem auch die „letzte“ Krankheit aufzuspüren und Therapiekonzepte zu entwickeln oder veraltete Therapiekonzepte durch moderne zu ersetzen, die eine restitutio ad integrum schneller oder besser ermöglichen. Das jeweilige Sozialsystem verfügt gleichsam über keine Stopregeln, die eine Grenze der Funktionserfüllung angeben könnten. Die Ausgabendynamik des Gesundheitssystems ist ohne jeden Zweifel auf diese Hypostasierung der eigenen Funktion zurückzuführen. Die Ausweitung des Leistungskataloges der GKV, die Entwicklung der High-Tech-Medizin sowie der medizinische Fortschritt sind eindeutige Beispiele dieser Selbsthypostasierung des Gesundheitswesens. Diese wird angeheizt durch die Tatsache, daß durch Prozesse, wie die Überalterung der Bevölkerung mit steigender Krankheitslast und Anstieg chronischer Erkrankungen, das Gesundheitssystem von seinem gesellschaftlichen

Anforderungsprofil her angeregt wird, seine Tätigkeit weiter zu extensivieren und zu intensivieren. D. h. die Selbsthypostasierung der eigenen Funktion ist nicht nur „hausgemacht“, es gibt auch gute gesellschaftliche, also systemexterne Gründe für das Gesundheitssystem, quantitativ und qualitativ weiterhin auf Wachstum zu setzen.

Diese immanenten Wachstumstendenzen des Gesundheitssystems, die insbesondere durch die steigende Krankheitslast legitimiert sind - wobei die steigende Krankheitslast auch durch die Erfolge des Gesundheitssystems mitproduziert wird (Krämer 1993), weil gerade durch die Erfolge der Medizin die Menschen immer älter werden und im Alter verstärkt medizinische Dienstleistungen nachfragen - geraten nun in Widerspruch zu den ökonomischen Rahmenbedingungen. Gesundheitskosten sind zum Großteil über Lohnnebenkosten an die wirtschaftliche Entwicklung gekoppelt. Steigende Gesundheitskosten führen zu erhöhten Lohnnebenkosten, verteuern die Arbeit und schränken so die Wettbewerbsfähigkeit ein. Das medizinisch Wünschbare gerät in Widerspruch zu den Finanzierungsmöglichkeiten. Aufgabe politischer Steuerungspolitik ist es in diesem Zusammenhang, die Ausgabendynamik des Gesundheitssystems zumindest mit der Wachstumsdynamik der Wirtschaft zu parallelisieren; dies ist selbstgesetztes Ziel und selbstgesetzte Aufgabe der politischen Intervention. Doch alle politischen Interventionsversuche - also Steuerungsversuche von außen - in das Gesundheitssystem zeigen, daß nur adhocratische und kurzfristige Bremseffekte in der Ausgabendynamik des Gesundheitssystems zu erzielen sind: seien es die Kostendämpfungsgesetze der 70er Jahre, sei es das Gesundheitsreformgesetz des Jahres 1989 und seien es die Gesundheitsstrukturgesetze der 90er Jahre (Bauch 1996). Mithin stellt sich die Frage, ob das Gesundheitssystem über kurzfristige Bremseffekte hinaus durch Eingriffe des politischen Systems überhaupt steuerbar ist.

Die Antwort der Systemtheorie ist eindeutig verneinend. Soziale Systeme sind in höchstem Maße umweltignorant und weisen alle deterministischen Steuerungsversuche von außen ab. Systeme passen sich nicht der Umwelt an, sie passen sich höchstens sich selber an. Die Systeme entscheiden selbst, welche Umweltimpulse als solche wahrgenommen werden, um dann systemintern Resonanz, also Reaktion, auszulösen. Dies gilt auch in bezug auf das politische System, das aus systemtheoretischer Sicht hinsichtlich seiner Steuerungskapazität in bezug zu anderen Sozialsystemen permanent überschätzt wird. Das politische System ist ein gesellschaftlich ausdifferenziertes System wie alle anderen auch. Es ist ein Teilsystem einer polyzentrischen Gesellschaft. Es hat gegenüber anderen Sozialsystemen lediglich eine Zusatzfunktion: Es kann sich ohne Gegenleistung Geld beschaffen (Steuern etc.) (Luhmann 1988). Mit dieser Zusatzfunktion kann es auch Geld zurückhalten und wirkt solchermassen als Interdependenzunterbrecher. Genau dieser Mechanismus der Geldverweigerung für weiteres Wachstum greift in bezug auf das Gesundheitssystem. Geldverweigerung oder Geldbewilligung führt zu einer Globalsteuerung des betreffenden Systems. So ist der Kernbereich der politischen Steuerung im Gesundheitssystem tatsächlich die Budgetierung und Deckelung der Gesamtausgaben,

die für das Prozessieren des Systems bereitgestellt werden. Mittels Budget-Recht sind direkte und deterministische Interventionen möglich, alle anderen Interventionsversuche sind auf „good will“-Leistungen des Systems angewiesen, damit die Reformoption des politischen Systems in Resonanz umgesetzt wird. Resonanz bedeutet nun nicht, daß das entsprechende System genau im Sinne der politischen Reformoption reagiert. Resonanz bedeutet zunächst nur, daß das System reagiert; wie und ob es im Sinne der politischen Sollvorstellung reagiert, dies ist eine ganz andere Frage. Die Geschichte der politischen Steuerungsversuche im Gesundheitswesen (und nicht nur dort) ist voll von Beispielen, wie politische Steuerungsversuche nichtintendierte Nebenfolgen produziert haben, die durch neuerliche Steuerungsversuche wieder korrigiert werden sollten. Ketzerisch könnte man formulieren, daß politische Interventionen erfolgen, um die Nebeneffekte und die nichtintentionalen Konsequenzen früherer Interventionen auszugleichen und ruhigzustellen. Eine typische Resonanz des Systems auf politische Steuerungsansprüche ist der zumeist erfolgreiche Versuch, die politische Steuerungsentention zu unterlaufen, sie durch systeminterne Reaktionen zu konterkarieren. So können Budgetierungsintentionen des politischen Systems durch vorweggenommene Ausgabenexpansionen unterlaufen werden (Beispiel: der „run“ auf Zahnersatz vor Inkrafttreten des GRG. Stichwort: „Blüm-Bauch“). Oder die Arzneimittelforschung wandert ins Ausland ab, oder die niedergelassenen Ärzte überweisen aus Budgetierungsgründen die Problempatienten verstärkt ins Krankenhaus, wo diese dann noch mehr Kosten produzieren, oder, oder ... Eine lange Liste von Ausweichstrategien wäre zu nennen.

Natürlich ist es auch möglich, daß durch politisch induzierte Globalsteuerung zuviel Resonanz für das Gesundheitssystem produziert wird. Eine solche politische „Übersteuerung“ ist gegeben, wenn beispielsweise das Gesundheitssystem seine Funktion, sein systemisches Prozessieren nicht mehr friktionslos fortsetzen kann, wenn es also auf Krankheit nicht mehr durchgängig mit dem Versuch der Herstellung von Gesundheit reagieren kann. Krankheit ist gleichsam der Ansatzpunkt für das Durchstarten der systemspezifischen Aktivitäten. Kann das System aus Fremdsteuerungsgründen (z. B. Budgetierung) nicht mehr auf alle auftretenden Krankheiten mit dem Ablauf seines Programmes reagieren, so wird die systemspezifische Codierung unterlaufen, und das System kann seine Funktion nicht mehr erfüllen. Ansatzweise sind im Gesundheitssystem solche „Pathologien“ schon erkennbar: Der ökonomische Druck wird so stark, daß medizinische Dienstleistungen „rationiert“ werden müssen, Krankheit löst hier nicht mehr unmittelbar das Prozessieren des Gesundheitssystems aus.

Doch auch in einem solchen Fall verfügen funktional ausdifferenzierte Sozialsysteme über Ausweichstrategien, um weiterhin ihre Funktion zu erfüllen. Die durch Budgetierungszwänge initiierten Rationierungseffekte beziehen sich auf durch die Solidargemeinschaft der GKV finanzierte Leistungen. Rationierungseffekte werden vom System dadurch unterlaufen, daß das System die Leistungsauslösung seines Prozessierens auf private Finanzierung umstellt. Beispiele dieses Umstellungsprozesses auf private

Finanzierung in verstaatlichten Systemen der sozialen Sicherung gibt es genug. Je restriktiver die Leistungsgewährung und Auslösung innerhalb des solidarischen „Sub-Systems“ gehandhabt wird, desto stärker blüht das privat finanzierte Leistungsgeschehen. Das Prozessieren des Systems erfolgt zunehmend außerhalb des staatlich übersteuerten, solidarisch finanzierten (in Form von Steuern oder Krankenkassenbeiträge) Bereichs. Im Klartext heißt dies, daß tatsächlich politische Steuerungsprozesse dem Gesundheitssystem keine Stopregeln aufzwingen können, sie zwingen lediglich das System zu einer Veränderung des Finanzierungsmodus. Diese Resonanz des Gesundheitssystems produziert aber wiederum soviel Resonanz im politischen System, daß dieses System wegen seiner Gesundheitspolitik in arge Bedrängnis gerät. Umschaltung auf private Finanzierung indiziert leicht den Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“, die Reaktion des Gesundheitssystems auf politische Steuerungsversuche produziert Legitimationskrisen im politischen System.

Aus systemtheoretischer Sicht zeigt sich somit, daß globalsteuernde politische Interventionen mehr negative als positive Steuerungseffekte im Gesundheitssystem auslösen. Somit stellt sich die Frage, wie in Zeiten geringen oder gar negativen Wirtschaftswachstums das Gesundheitssystem zu einer maßvolleren Hypostase der eigenen Funktion anzuregen ist. In der jüngsten Diskussion hat sich richtigerweise die Meinung etabliert, daß Steuerungseffekte mehr durch Selbststeuerung auf der Meso-Ebene der Organisationen und Korporationen (also auf der Selbstverwaltungsebene) als durch makrosoziale Globalsteuerung zu erzielen sind. In Abkehr von einer interventionistischen Steuerungspolitik von außen lautet die neu gestellte Frage, wie das Gesundheitssystem zu einer Selbststeuerung angeregt werden kann, die stärker die gesamtgesellschaftlichen und ökonomischen Effekte seines Prozessierens berücksichtigt und diese in selbst-induzierte Steuerungsprogramme einbaut. Die Partialsichten der ausdifferenzierten Sozialsysteme sind in einer funktional differenzierten Gesellschaft gleichwertig. Um „strukturelle Kopplungen“ zwischen den Sozialsystemen auszulösen, kann man nicht die Teilsystemrationalität eines Systems als ultima ratio deklarieren, sondern man muß die Systemrationalitäten als gleichwertige Entwürfe verschränken. Helmut Willke hat ein solches, die funktionale Differenzierung berücksichtigendes Steuerungsmodell „prozedurale Kontextsteuerung“ genannt (Willke 1993; Willke 1993a). Prozedurale Kontextsteuerung heißt, „daß Gesellschaftssteuerung in Form verbindlicher Kontextregelungen nicht mehr von einem Teilsystem des Ganzen - von der Politik - allein formuliert werden (muß), sondern aus der interdependenzgesteuerten Interaktion aller betroffenen Akteure“ (Willke 1993, S. 275). Die Akteure verschiedener Systeme setzen sich an einen Tisch und verschränken ihre Systemsichten. Es entstehen intersystemische Diskurse. Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ ist im Grunde eine ideale Instanz, um die Systemsichten der Teilsysteme zu gemeinsamen Kontexten zu verschränken. Vielfach ist jedoch die mögliche Steuerungskapazität der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen verfehlt worden, weil sie lediglich als Disziplinierungsinstanz für die Akteure der verschiedenen

Sparten des Gesundheitssystems von seiten der Politik (Nord 1979) verstanden worden ist. Nach Willke ist aber das oberste Gebot der Kontextsteuerung, daß die operative Geschlossenheit und Autonomie der Teilsysteme respektiert wird. Nur dann kann „in reflektierten Abstimmungsprozessen kombinatorischer Gewinn aus ihren Differenzen gezogen werden“ (Willke 1993, S. 275).

Wenn erkannt wird, daß Steuerungserfolge nicht durch Interventionen von außen, sondern durch weitgehende Selbststeuerung zu erzielen sind, dann muß die dritte Stufe der Gesundheitsreform die Akteure im Gesundheitswesen (Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassen etc.) nicht nur zum Objekt, sondern auch zum Subjekt der Steuerung werden lassen. Auch den Akteuren im Gesundheitssystem ist an einer Kontextabstimmung gelegen, weil ein „Wildwuchs“ des Gesundheitssystems zeitverschoben Turbulenzen im System produziert bis hin zur Unfinanzierbarkeit. Viele Vorschläge der Akteure im Gesundheitswesen liegen vor: Umsteuerung zu mehr Prävention, Differenzierung in Vertrags- und Wahlleistungen, Schaffung von Festzuschüssen, Stärkung des Hausarzt systems, stärkere Steuerung durch Marktmechanismen usw. Nicht politische Dauerintervention kann das Ziel der Politik für die dritte Reformstufe sein, sondern Stärkung der Mechanismen der Selbststeuerung und Selbstdisziplinierung durch die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems.

Literatur

- Bauch, Jost, 1989: Das Gesundheitsreformgesetz - ein Paradigma symbolischer Politik. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Jg. 14, Heft 1, S. 59-68.
- Bauch, Jost, 1996: Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München.
- Krämer, Walter, 1993: Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin. Frankfurt a. M., New York.
- Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. In: Schuller, Alexander; Herder-Dorneich, Phillip (Hrsg.), Die Anspruchsspirale. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, S. 28-49.
- Luhmann, Niklas, 1988: Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdung einstellen? 2. Aufl., Opladen.
- Nord, Dietrich, 1979: Steuerung im Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.
- Willke, Helmut, 1993: Systemtheorie. 4. Aufl., Stuttgart, Jena.
- Willke, Helmut, 1993a: Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. 2. Aufl., Weinheim, München.

Dr. Jost Bauch
Herderstraße 3
D-53881 Euskirchen
Tel.: 02251 / 7 13 00

Jost Bauch, Dr., Privatdozent an der Universität Konstanz; Schwerpunkt: Gesundheitssystemforschung, Referatsleiter bei der Bundeszahnärztekammer, Schwerpunkte: Prävention und Epidemiologie.